(7)

DISSERTATION

N.° 166.

7

SUR

L'APOPLEXIE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 mai 1815, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTE-NICOLAS ORYE, de Bourgueil,

Département d'Indre-et-Loire.

> *Antequàm de remediis statuatur, primùm constare oportet quis morbus et quæ morbi causa : alioqui inutilis opera, inutile omne consilium.* BALLONIUS, lib. 1, consil. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1815.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Daignez agréer avec bonté le premier fruit de mes études médicales. Cet hommage est bien faible, sans doute, mais il est la sincère expression de l'attachement le plus respectueux et de la reconnaissance la plus vive.

A. N. ORYE.

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

Considérations générales.

La fréquence d'une maladie, le danger qui l'accompagne, la promptitude avec laquelle elle frappe et emporte ses victimes, l'efficacité bien démontrée des moyens que l'art possède pour en prévenir les attaques, en diminuer ou en détruire la violence, sont autant de raisons qui souvent dirigent le jeune médecin dans le choix de l'affection sur laquelle il présentera sa thèse, et qui m'ont en particulier déterminé à prendre l'apoplexie pour sujet de ma dissertation.

Le mot *apoplexie* vient du grec αποπληττειν, qui signifie *frapper fortement*, *frapper avec violence*; il présente surtout l'idée de l'apoplexie foudroyante, de celle que *Celse* appelle *sideratio*, et que d'autres nomment encore *percussio*, *morbus attonitus*, etc. M. le professeur *Portal* n'emploie le mot *apoplexie* que dans ce dernier sens, et définit cette maladie *une affection soporeuse profonde, survenue subitement, et dans laquelle la respiration est plus ou moins stertoreuse.* Boerhaave avait déjà décrit ainsi l'apoplexie : *Tunc dicitur adesse, quandò repentè actio quinque sensuum externorum, tùm internorum, omnesque motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magnâ, stertente,*

unà cum imagine profundi perpetuique somni (1). CULLEN, dans sa Médecine pratique, n'a fait en quelque sorte que traduire cette description. M. le professeur *Pinel* a cru devoir donner de l'apoplexie une description abrégée, qui, moins vive, embrasse du moins la pluralité des cas, tandis que la première n'en comprend qu'un seul. Voici les caractères qu'il assigne à cette maladie : *suspension plus ou moins complète et subite de l'action des sens, de l'entendement, de la locomotion ; respiration plus ou moins stertoreuse, continuation de l'action du cœur.* S'il était permis, après un aussi grand observateur, de donner une description un peu différente de la sienne, nous dirions que *l'apoplexie consiste dans la perte ou la diminution du mouvement et du sentiment, pendant que la respiration et la circulation continuent.* Nous n'avons présenté cette légère modification que parce qu'il se présente des cas dans lesquels la respiration n'est nullement stertoreuse. Quelques médecins donnent à cette variété de l'apoplexie le nom de *carus ;* mais ce mot est plus généralement employé pour désigner l'état d'assoupissement profond qu'offrent quelques malades atteints de fièvre ataxique cérébrale, et nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de lui donner une acception différente.

Les noms de *coup de sang, hémorrhagie du cerveau* (*ictus sanguineus, hæmorrhagia cerebri*), qu'on a donnés à la maladie qui nous occupe, ne peuvent convenir qu'à une seule espèce d'apoplexie, et ne doivent pas être employés comme génériques, c'est-à-dire comme synonymes d'*apoplexie.*

Cette affection a été connue dès l'origine de l'art : elle a nécessairement appelé l'attention des praticiens de tous les siècles ; aussi a-t-elle été l'objet d'un grand nombre de traités particuliers. Le dernier qui ait paru sur cette maladie (celui de M. le professeur *Portal*) (2) n'offre peut-être pas, dans l'énumération des symptômes,

---

(1) *Boerhaave*, aphor. 1008.

(2) Observation sur la nature et le traitement de l'apoplexie. Paris 1811.

tout l'ordre que l'on pourrait désirer à l'époque à laquelle nous sommes ; mais il rachète bien ce qui manque à la méthode par la richesse dans les détails, et une série d'observations, la plupart fort intéressantes, qu'on chercherait vainement ailleurs, parce qu'elles sont le fruit d'une longue pratique et d'un zèle bien honorable chez un praticien aussi répandu.

L'apoplexie nous paraît être une des maladies qu'il est le plus difficile de placer dans un cadre nosologique. Classera-t-on la maladie en ayant égard à ses symptômes ou, à sa nature ? Si c'est d'après les symptômes seulement, on la placera, comme l'ont fait *Cullen* et M. le professeur *Pinel*, dans la classe des névroses ; ou, comme *Sauvages*, dans les débilités avec assoupissement (classe 6, ordre 5). Mais, si l'on considère la maladie sous le rapport de la lésion des parties, on verra que, tantôt produite par un épanchement de sang dans le cerveau, elle appartient évidemment à la classe des hémorrhagies ; que, tantôt déterminée par une exhalation trop abondante de sérosité dans les ventricules cérébraux, elle rentre dans l'ordre des hydropisies ; tandis que, dans d'autres cas où aucune altération apparente ne l'accompagne, elle se place naturellement dans la classe des maladies essentielles du système nerveux, c'est-à-dire dans les névroses. Nous ne parlerons pas ici de l'apoplexie qui peut être l'effet d'une dégénération tuberculeuse ou de toute autre affection organique du cerveau, non plus que de celle qui résulte d'une commotion de ce viscère ou d'une fracture des parois osseuses qui le renferment ; celle-ci est du ressort de la chirurgie ; l'autre n'est qu'un symptôme, et non point une maladie.

Quelle place devra-t-on donc donner à l'apoplexie dans une classification médicale ? Ce n'est pas sans doute à nous à décider une pareille question ; mais nous pensons néanmoins que, si l'on ne veut pas répartir les trois espèces d'apoplexie dans trois classes différentes, il serait peut-être convenable de faire de cette affection le premier genre des névroses, de manière à en former le point de

contact entre ces maladies et les hémorrhagies, auxquelles elle appartient dans beaucoup de cas.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces considérations ; et laissant à ceux qui écrivent des traités généraux les rapports de l'apoplexie avec les autres maladies, nous nous bornerons à cette affection elle-même, en la considérant successivement sous le rapport de son siége, de ses causes, de ses symptômes, de sa marche, de sa durée, de ses terminaisons diverses, de son diagnostic, de son prognostic, et du traitement général qui lui convient.

Du siége de l'Apoplexie.

Nous sommes portés à croire que la cause qui produit l'apoplexie a toujours son siége dans le cerveau, et sous ce nom nous comprenons l'ensemble des parties qui sont renfermées dans la cavité du crâne et son prolongement rachidien. Quelques auteurs ont pensé que l'apoplexie pouvait avoir son siége dans d'autres parties du corps. Ils ont mieux aimé voir dans l'altération sensible d'un autre viscère la cause d'une série de symptômes qu'aucune lésion appréciable du cerveau ne paraissait produire, que de supposer que ce viscère pût être lésé dans ses fonctions sans l'être dans sa structure, ou qu'il pût être lésé dans sa structure sans qu'ils pussent en juger par leurs sens. Mais ne vaut-il pas mieux encore admettre avec réserve une de ces suppositions que d'expliquer le trouble des fonctions cérébrales par l'altération d'un organe destiné à la respiration ou à la digestion? Il faudrait, pour soutenir une opinion semblable, rejeter toutes les lois de la physiologie expérimentale, et fermer les yeux sur des milliers de faits pathologiques, dans lesquels on verrait cette même lésion, à laquelle on attribuerait les symptômes de l'apoplexie, se présenter sans les produire ; enfin on ne pourrait pas nier que, dans beaucoup de cas, tous les autres viscères ne se présentent simultanément avec le cerveau dans un état apparent d'intégrité parfaite chez ceux qui succombent à cette

maladie. Ainsi donc il nous paraît évident, 1.° que, dans la plupart des cas, la cause qui produit l'apoplexie a manifestement son siége dans le cerveau et ses annexes; 2.° que, dans les cas où la cause n'est pas apparente, on ne doit pas l'attribuer à un autre viscère qui serait altéré; 3.° que, dans les cas où l'on ne trouve aucune cause matérielle de l'apoplexie, il est très-probable que cette cause, quelle qu'elle soit, a son siége dans le viscère dont les fonctions sont troublées, et dans lequel on rencontre cette cause toutes les fois qu'elle peut être appréciée.

Les diverses parties du cerveau ne sont pas toutes aussi fréquemment les unes que les autres le siége du désordre qui produit l'apoplexie; nous ne saurions donner d'une manière positive la proportion dans laquelle peut l'être telle ou telle partie par rapport à telle autre; mais nous ne craignons pas d'avancer que les corps striés et les couches optiques, ainsi que les ventricules latéraux, sont plus souvent le siége de l'apoplexie que toutes les autres parties du cerveau prises ensemble. Dans quinze cas d'apoplexie dans lesquels l'épanchement avait lieu dans la substance cérébrale, *Morgagni* (1) a remarqué que presque toujours cet épanchement se présentait, soit dans les corps striés, soit dans les couches optiques, ou bien dans les uns et les autres à la fois, ou dans la proximité de ces parties; une seule fois l'épanchement s'est prolongé jusqu'au lobe antérieur du cerveau, jamais jusqu'à l'occiput. Une particularité assez remarquable encore, c'est que, sur les quinze observations de *Morgagni*, l'épanchement se soit offert dix fois à droite, deux fois à droite et à gauche en même temps, et trois fois seulement à gauche. Est-ce l'effet du hasard? ou bien le côté droit est-il plus fréquemment le siége de l'apoplexie que le gauche? Nous ne pourrions prononcer sur ce point, qui, sans offrir peut-être d'utilité pratique, mériterait cependant d'être éclairci, par

(1) *Epistola anatomico-medica* 3, art. 18.

cette seule raison, qu'une vérité bien constatée peut conduire à d'autres vérités, soit par elle-même, soit en se joignant à d'autres vérités déjà connues, ou à celles que le temps découvrira (1).

S'il est facile, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître après la mort quelle est la partie du cerveau qui est le siége de l'apoplexie, il ne l'est pas de même pendant la vie; cependant il est possible, dans quelques circonstances, de le prédire, ou de le soupçonner.

Depuis fort long-temps on avait observé que l'épanchement avait son siége du côté opposé à la paralysie ; mais les uns regardaient cela comme constant, les autres seulement comme plus ordinaire. *Morgagni* (2), assistant à l'ouverture du cadavre d'un mendiant frappé d'apoplexie à la porte d'un couvent où il avait coutume d'implorer la commisération publique, s'aperçut, au moment où l'on coupait circulairement la peau du crâne, que le muscle temporal gauche était fortement contus : il annonça de suite que, si l'apoplexie avait une cause appréciable et n'était pas séreuse, cette cause se présenterait dans le côté droit du cerveau ; en effet, la contusion du muscle temporal gauche indiquait que le mendiant était tombé sur ce côté. Cette chute conduisait à admettre la paralysie du côté sur lequel elle avait eu lieu, et l'hémiplégie gauche faisait soupçonner un épanchement à droite. Cette série de conjectures, où brille la sagacité de ce grand médecin, était bien fondée, et l'examen du cadavre justifia son diagnostic.

---

(1) S'il était bien constaté que le côté droit fût plus fréquemment le siége de l'apoplexie que le gauche, peut-être serait-il permis de soupçonner certaines habitudes, celles, par exemple, de se coucher à droite, d'exercer surtout le bras droit, de concourir à déterminer cette différence. Peut-être encore trouverait-on une assez bonne raison de cette préférence dans la disposition de l'artère carotide droite, qui, étant beaucoup plus dans la direction du tronc de l'aorte que la carotide gauche, et offrant aussi un plus gros calibre que celle-là, permet au sang de s'y porter plus facilement et en plus grande quantité.

(2) *Epistola anatomico-medica*, 3, art. 14.

Morgagni a signalé aussi quelques symptômes au moyen desquels on pourrait reconnaître que l'épanchement a son siége dans le cervelet. Il pense que cette variété du siége de l'apoplexie est caractérisée par la suppression subite de la respiration et le relâchement des sphincters. On avait déjà indiqué la lividité des lèvres, les stries de sang le long du rachis et sur les côtés, comme accompagnant la compression du cervelet.

On voit, par ce que nous venons de dire, qu'on est encore fort peu avancé sur cette partie de l'histoire de l'apoplexie : les faits ne sont pas assez nombreux pour établir un rapport constant entre l'intensité ou la variété des symptômes apoplectiques et une altération déterminée de telle ou telle partie du cerveau. La nouvelle manière de développer ce viscère répandra-t-elle quelque lumière sur cet objet ? Il est permis de l'espérer, quand on voit déjà la possibilité d'expliquer comment l'épanchement peut produire la paralysie du côté opposé, ou du côté correspondant, selon qu'il occupe les lobes moyens et antérieurs qui offrent un entre-croisement des fibres nerveuses, ou les lobes postérieurs qui sont formés par des portions du cerveau où cet entre-croisement ne s'observe pas.

Prédispositions et causes occasionnelles.

L'apoplexie est quelquefois héréditaire ; M. *Portal* a eu occasion de l'observer dans plusieurs familles, dont presque tous les membres avaient l'espèce de constitution qui prédispose à cette maladie. *Origine.*

Elle peut se manifester à toutes les époques de la vie ; mais elle est rare dans l'enfance et l'adolescence, et se montre surtout dans l'âge mûr et dans la vieillesse. C'était de quarante à soixante ans qu'*Hippocrate* l'avait observée en Grèce (1) ; c'est généralement *Age.*

(1) *Apoplectici autem fiunt maximè œtate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum.* (*Hipp.* aph., sect. 6, n.° 57.)

après la soixantième année que *Cullen*, en Écosse, et M. *Portal*, en France, l'ont vue se manifester.

Tempérament. Aucun tempérament n'est à l'abri de cette affection ; mais les individus sanguins et nerveux y sont plus exposés que les autres Une complexion forte et replète, une tête grosse, un cou court et large (*collum breve, sæpè sex modo vertebris exstructum* (1), un teint animé, un thorax ample, un ventre arrondi, des membres robustes, un embonpoint considérable, etc., forment, par leur ensemble, ce que l'on a nommé à juste titre la *constitution apoplectique ;* quoiqu'une constitution différente, ou même opposée, ne mette pas à l'abri de cette affection, et que tous ceux qui offrent la constitution apoplectique, même au plus haut degré, n'en soient pas tous atteints.

Sexe. Un genre de vie plus sédentaire, des passions communément plus vives, la suppression naturelle ou accidentelle d'une évacuation périodique, sont autant de causes qui semblent devoir rendre l'apoplexie plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; mais ne connaissant sur cet objet aucun travail numérique entrepris dans de grands hôpitaux et pendant un temps suffisant, nous ne saurions rien dire de positif sur ce point.

Circumfusa. C'est spécialement dans le printemps, suivant *Cullen*, que l'apoplexie se montre, surtout quand la chaleur succède rapidement au froid. D'après les résultats obtenus à Paris par M. *Portal* pendant une longue suite d'années, les attaques d'apoplexie ont été plus fréquentes pendant l'automne que dans aucune autre saison. *Morgagni* a vu les apoplexies presque epidémiques à une époque où les variations atmosphériques étaient fort brusques. Quelque obscures que soient encore les conditions atmosphériques qui pro-

---

(1) *Boerhaave*, aph. 1010.

voquent cette affection, leur influence ne saurait être mise en doute, quand on voit presque constamment les apoplexies se présenter pour ainsi dire par groupes à certaines époques de l'année, et devenir extrêmement rares, ou même disparaître entièrement dans les espaces de temps qui les séparent : il n'est peut-être aucun médecin d'hôpital, aucun praticien très-répandu, qui n'ait été à même de faire cette remarque.

Le séjour dans une chambre basse et étroite, échauffée par des poêles, ou dans des salons où beaucoup de personnes se trouvent assemblées, devient quelquefois la cause occasionnelle de cette maladie. L'inspiration des gaz qui se dégagent des liqueurs en fermentation et du charbon qui brûle peut-elle produire l'apoplexie comme elle produit l'asphyxie, et *Cullen* devait-il la ranger parmi les causes de l'apoplexie? C'est ce que nous ne saurions décider.

L'usage immodéré des bains chauds, l'impression d'un froid vif, des compressions ou des ligatures qui gênent la circulation, ont paru quelquefois produire l'apoplexie.

On doit ranger aussi parmi les causes de l'apoplexie l'usage habituel d'une nourriture trop succulente, la présence d'une trop grande quantité d'alimens dans l'estomac, l'abus des liqueurs alcoholiques, ainsi que l'administration intempestive des narcotiques, et surtout de l'opium. Ces dernières substances jouissent de la faculté de diminuer la sensibilité, de suspendre l'action des puissances externes et internes, et de plonger dans un sommeil profond celui qui en fait usage. On a imaginé différentes théories pour expliquer la manière d'agir des narcotiques; mais nous pensons qu'ils ont un pouvoir direct sur le système nerveux, dépouillent le cerveau de la portion de vitalité qui lui est propre pour exécuter les mouvemens particuliers d'où résulte l'équilibre de toutes ses parties, et enfin le jettent dans un état d'atonie qui peut favoriser l'apoplexie. L'opium en particulier diminue l'énergie de la force animale : le système sanguin doit participer également à cette di- *Ingesta.*

minution ; l'action du cœur et des gros vaisseaux devient beaucoup moins vive, et de là résulte une circulation plus lente dans les poumons et l'engorgement des vaisseaux du cerveau.

Excreta. La suppression d'une excrétion habituelle, le retard d'une évacuation périodique, telle que les menstrues, les hémorrhoïdes, une saignée, ou un écoulement de sang quelconque ; la suppression de la sueur, d'un cautère, d'un ancien ulcère, ou de tout autre écoulement muqueux, ont souvent précédé une attaque d'apoplexie, qui a disparu quelquefois par leur retour.

Acta et animi pathemata. Une vie sédentaire, un exercice violent après un long repos, des excès dans les plaisirs de Vénus, un effort considérable, une grande inspiration, une excrétion alvine très-laborieuse, l'accouchement ; le sommeil prolongé, surtout dans la position horizontale (1) ; les travaux de l'esprit (2) ; les affections morales vives, telles que la joie, le désespoir, la colère, etc., peuvent également être comptés parmi les causes qui produisent le plus fréquemment cette affection.

Enfin les exemples ne sont pas rares d'apoplexies qui ont été occasionnées par des coups, des chutes sur la tête ; par des accès d'épilepsie, d'hystérie, etc. ; ou bien qui ont été le résultat de la disparition de la goutte, du rhumatisme, ou de quelques exanthêmes cutanés : il n'est aucun auteur qui ait traité *ex professo* de l'apoplexie, dans lequel on ne puisse trouver un grand nombre d'observations de ce genre.

---

(1) *Ex somno item diuturno, ac immoderato homines redduntur vertiginosi, obliviosi, epileptici, paralytici, ac vel etiam apoplectici.* Prosp. Alpinus, *de Præsag. vit. et mort.*, lib. 1, p. 30.

(2) *Vidi, non sine magnâ commiseratione, eruditissimos viros et de re litterariâ optimè meritos, se ipsis quasi supervixisse per annum et ultrà, omnium rerum immemores, tandemque apoplecticos periisse.* Van-Swiéten, *Comment. in aph. Boerh.*, *apopl.*, t. 3, p. 263.

On observe souvent que les malades sont depuis long-temps soumis à l'action des causes prédisposantes, et se sont récemment exposés aux causes occasionnelles, lorsqu'ils sont frappés d'apoplexie : quelquefois même on trouve l'ensemble d'un certain nombre de ces causes chez le même individu ; mais dans quelques cas aussi, aucune cause prédisposante ne précède la maladie, dont aucune cause occasionnelle sensible n'accompagne l'apparition. Il est encore à remarquer qu'une même cause, la suppression d'une hémorrhagie, par exemple, peut agir chez divers malades, tantôt comme cause occasionnelle, et tantôt comme cause prédisposante : c'est pour cette raison que nous avons énuméré conjointement ces deux espèces de causes, qu'il eût été fort difficile sans cela de diviser avec justesse.

L'apoplexie est une maladie sporadique ; dans quelques circonstances, elle s'est offerte assez fréquemment pour avoir été considérée alors comme épidémique par plusieurs médecins, et entre autres, par *Houllier*, *Baglivi* et *Morgagni*. Le premier paraît les attribuer à l'humidité et à l'enfoncement du sol, ainsi qu'à des pluies continuelles. *Baglivi* (1) pense que des variations extrêmes dans la température, que les calamités publiques de 1694 et 1695, et la frayeur générale, concoururent à développer ces nombreuses apoplexies qui s'observèrent à Rome, et à la production desquelles purent aussi contribuer les tremblemens de terre qui se firent sentir à cette époque désastreuse.

Phénomènes précurseurs.

Les phénomènes précurseurs de l'apoplexie diffèrent beaucoup de ceux qu'on observe dans la plupart des maladies aiguës ; ils indiquent seulement dans celles-ci un désordre général des fonctions, sans aucune détermination particulière vers tel ou tel organe ; on

---

(1) *Opera omnia practica*, p. 683.

croit qu'une maladie grave débute, mais on ne saurait encore prévoir, au moins en général et d'après l'examen seul des symptômes précurseurs, quelle sera cette maladie. Dans l'apoplexie, au contraire, les phénomènes précurseurs, à l'exception d'un très-petit nombre, ont une analogie si marquée avec les symptômes proprement dits, qu'ils en paraissent être le premier degré : *Primi effectus incepti mali* (1). En sorte que, parmi les auteurs, les uns ont considéré comme phénomènes précurseurs de l'apoplexie ce que d'autres ont présenté comme symptômes. Il résulte aussi de là qu'il est communément facile de reconnaître l'apoplexie aux phénomènes qui signalent son début ou qui précèdent son apparition.

L'apoplexie est quelquefois précédée d'un abattement général, marqué par la diminution de l'appétit, la lenteur du pouls, et une sorte de langueur dans les mouvemens et les pensées : d'autres fois on observe une disposition tout-à-fait opposée ; l'appétit est plus grand, le pouls accéléré, les mouvemens sont plus rapides, les facultés de l'esprit sont exaltées, et les affections morales beaucoup plus vives. En général, des douleurs gravatives, étendues à toute la tête, ou bornées au front et aux tempes ; des étourdissemens ; des vertiges ; la somnolence ; la stupeur ; l'obscurcissement de la mémoire ; le trouble de la vue, ou même la cécité ; la diplopie ; la vision de bluettes ou d'étincelles ; la fixité d'un œil ; le strabisme ; la dilatation extraordinaire des pupilles ; les tintemens d'oreilles ; la surdité, ou la simple dureté de l'ouïe ; la diminution de la sensibilité tactile, soit dans toute la peau, soit dans un seul côté du corps ou dans un seul membre, sont autant de phénomènes qui signalent l'apoplexie imminente ou déjà commencée : il en est de même de la tuméfaction du visage, des paupières et du cou ; du battement des artères carotides et temporales ; de la contorsion de la bouche

---

(1) *Boerhaave*, aph. 1029.

et des joues ; d'un trismus momentané ; de la direction vicieuse du pied ou de la main d'un côté ; d'un sentiment de formication général, ou borné à certaines parties ; des spasmes ; des tremblemens ; des crampes ; de la déviation de la langue ; de la difficulté d'avaler ; de la lenteur à parler, et du bégaiement accidentel. On remarque souvent aussi que les malades ne peuvent trouver le mot qu'ils cherchent ; ils ont recours alors à des circonlocutions dans lesquelles ils se trouvent de même bientôt arrêtés. Dans d'autres cas, on observe facilement que la respiration est plus profonde que de coutume, et accompagnée de la contraction des ailes du nez ; quelquefois le malade fait une longue et bruyante inspiration, à laquelle il ne s'attend pas ; enfin on a vu des éternuemens répétés précéder les attaques d'apoplexie.

On voit que presque tous ces phénomènes, qui sont des lésions diverses du mouvement et du sentiment, annoncent d'une manière évidente l'action de la cause prochaine de l'apoplexie. Ils se manifestent néanmoins souvent sans que l'apoplexie leur succède ; mais fréquemment aussi cette affection frappe des individus chez lesquels aucun symptôme précurseur n'en avait annoncé l'attaque.

Symptômes.

Les symptômes de l'apoplexie peuvent être divisés en *symptômes propres* et en *symptômes généraux* ou *secondaires*. Les premiers consistent dans la perte ou la diminution notable de l'action du cerveau, des sens, et du mouvement volontaire ; les autres sont tous ceux qui sont fournis par les différens états dans lesquels se trouvent l'habitude du corps, la respiration, la circulation, la chaleur animale et les diverses excrétions.

Symptômes propres.

Fonctions cérébrales. Le malade frappé d'apoplexie perd ordinairement connaissance pendant un temps indéterminé, et ne la

reprend qu'en partie jusqu'à ce que la maladie soit complètement dissipée : quelquefois alors il se rappelle confusément ce qui s'est passé ; dans d'autres cas plus graves, il n'en a aucun souvenir, et ne sait comment concevoir qu'il puisse se trouver dans un autre lieu et entouré d'autres personnes. Dans les cas les plus légers, il offre seulement une sorte de stupeur, dans laquelle il participe encore à ce qui se passe autour de lui ; mais ses perceptions sont très-faibles, relativement à ce qu'elles étaient dans l'état de santé.

Sensations. Si l'on interroge les divers sens, la plupart du temps on les trouve plus ou moins insensibles, et l'action des corps qui les stimulent dans l'état de santé est nulle ; ainsi la lumière, même très-vive, ne cause point d'irritation, ou n'excite que fort peu les membranes de l'œil : le malade est étranger aux objets qui l'entourent; et l'iris, soumise et soustraite tour à tour à l'action du jour ou d'un corps en ignition, ne se resserre point, ou n'offre qu'une contraction à peine sensible. L'ouïe est également frappée d'une torpeur notable, ou d'une insensibilité absolue : appelle-t-on le malade à voix forte? il ne répond, le plus souvent, que par des signes obscurs, et quelquefois ne donne aucune réponse. Ce n'est que par les substances les plus volatiles et les plus énergiques, l'ammoniaque, par exemple, que l'organe de l'odorat peut être stimulé ; et quelquefois même ces moyens sont insuffisans. Le sel marin, la moutarde et les substances les plus sapides ne peuvent tout au plus produire sur l'organe du goût qu'une sensation qui se manifeste à peine par quelques efforts que fait le malade pour les rejeter. Enfin ce n'est qu'en appliquant sur la peau un corps très-chaud ou très-froid ; ce n'est qu'en la pinçant avec beaucoup de force qu'on peut retrouver quelques signes de sensibilité, qui, dans certains cas, se trouve complètement éteinte.

Mouvemens volontaires. S'il est debout au moment où la maladie l'atteint, le malade, toujours incapable de se soutenir, tombe,

tantôt tout à coup et comme une masse, tantôt après quelques efforts vagues et impuissans pour se soutenir. Si la contractilité musculaire est abolie d'un côté, et seulement diminuée de l'autre, c'est toujours sur le premier que la chûte a lieu. Placé dans un lit, l'individu frappé d'apoplexie conserve rarement assez de force pour se mettre, ou même se maintenir sur le côté : le *decubitus* a lieu ordinairement sur le dos, et le corps, obéissant à la pesanteur, se porte vers les pieds du lit ou vers la partie la plus déclive. Les bras et la tête exécutent quelquefois, par intervalles, des mouvemens dont le but n'est pas toujours sensible; d'autres fois, l'immobilité est complète. Si l'on prend le bras ou la jambe du malade, on peut les fléchir ou les étendre à volonté sans éprouver aucune résistance; si on les élève, et qu'on cesse ensuite de les soutenir, ils retombent perpendiculairement sur le lit. La perte du mouvement n'est pas toujours égale dans les diverses parties : ainsi, quelquefois un oeil est complètement fermé, tandis que l'autre est entr'ouvert; la bouche et la langue sont entraînées du côté où les muscles ont conservé le plus de force; un des membres supérieurs ou inférieurs est encore susceptible d'exécuter quelques mouvemens, tandis que l'autre en est tout-à-fait incapable; enfin il arrive, dans quelques cas, fort rares à la vérité, qu'il se montre, par intervalles, des mouvemens convulsifs partiels ou généraux.

Symptômes généraux.

La face est tantôt pâle et tantôt animée; quelquefois elle conserve une couleur presque naturelle; dans certains cas, elle est tuméfiée, les lèvres et la conjonctive oculaire sont injectées. Les yeux sont quelquefois ouverts, plus souvent ils sont fermés : chez quelques malades, la bouche se remplit d'une matière écumeuse dans les derniers momens de la vie.

La peau du tronc et des membres offre ordinairement la même couleur que celle de la face; elle est par conséquent tantôt pâle et

tantôt d'un rouge livide : dans ce dernier cas, les veines sont saillantes, arrondies, et la peau présente çà et là quelques marbrures.

La langue est le plus souvent humide et livide ; le ventre est souple ; quelquefois il y a des nausées et des vomituritions ; presque toujours de la constipation.

La respiration est souvent accompagnée d'un bruit remarquable qu'on nomme *sterteur ;* quelquefois d'un léger murmure ; d'autres fois aussi elle paraît complètement libre. La voix est tantôt suspendue, tantôt altérée ou affaiblie ; la parole, bien rarement conservée, est alors lente, confuse, et souvent inintelligible.

Le pouls n'offre pas toujours d'altération ; quelquefois même il est plus lent que dans l'état de santé ; mais souvent aussi sa force et sa plénitude sont augmentées. Dans les derniers momens de la vie, il devient irrégulier et inégal, quelquefois il s'affaiblit par degrés, et devient insensible avant qu'on ait pu s'apercevoir de ses irrégularités.

La chaleur est fréquemment diminuée dans les premiers momens ; mais si l'apoplexie dure quelque temps, elle augmente, même dans les extrémités des membres, qui étaient devenues froides.

En général, la peau n'est ni sèche, ni humide ; elle conserve assez ordinairement la souplesse qui lui est naturelle, quoique dans certains cas cependant on la trouve recouverte d'une sueur à laquelle on pourrait donner le nom de *sueur d'expression.* L'excrétion de l'urine est ordinairement supprimée, ou n'a lieu que par regorgement ; alors la vessie, bien qu'elle contienne beaucoup d'urine, ne forme pas toujours de saillie à l'hypogastre, circonstance très-importante à noter, parce que l'écoulement de ce liquide dans les linges du malade, joint à l'absence de cette tumeur, pourrait éloigner l'idée d'introduire une sonde dans la vessie, opération presque toujours nécessaire dans ces cas.

L'apoplexie, comme la plupart des autres maladies, offre des

différences très-grandes dans son intensité. L'apoplexie la plus légère, diffère tellement de l'apoplexie la plus violente, que la description que l'on donnerait de la première ne ressemblerait nullement à celle qui conviendrait à l'autre : telle est la raison qui a porté les auteurs à distinguer dans l'apoplexie, comme dans beaucoup d'autres affections, un certain nombre de degrés.

Dans le premier degré, la maladie ne porte atteinte qu'à la sensibilité de certaines parties, à la force contractile de certains muscles, en même temps qu'il y a lenteur et difficulté dans les fonctions de l'entendement : dans cette dernière circonstance, il y aurait seulement paralysie du mouvement et du sentiment d'une partie, et il semblerait qu'il n'y a point apoplexie.

Dans le second degré, l'apoplexie, plus forte ou plus violente, porte une atteinte profonde au mouvement et au sentiment, en laissant subsister la respiration et la circulation.

Enfin, dans son plus haut degré de violence, l'apoplexie suspend toutes les fonctions de la vie et fait périr d'une mort subite (1).

Ces trois degrés de l'apoplexie présentent des différences très-marquées ; mais il ne faut pas oublier que, dans la pratique, des nuances multipliées confondent ensemble des divisions que l'on ne doit établir que pour faciliter l'étude. Dans les cas où tous les symptômes qui se présentent auront une intensité à peu près égale, l'affection elle-même n'appartiendra le plus souvent ni au premier, ni au second, ni au troisième degré ; elle sera presque toujours intermédiaire entre deux de ces extrêmes. Dans les cas beaucoup plus fréquens, où les divers symptômes auront une intensité inégale et se rattacheront à des degrés différens de la maladie, il sera plus difficile encore de dire à quel degré on doit la rapporter, tant la nature aime à se jouer de nos divisions comme de nos théories.

---

(1) Nosographie philosophique de M. le professeur *Pinel*.

C'est pour cette raison que nous avons cru devoir énumérer les symptômes de l'apoplexie, en indiquant seulement le plus faible et le plus grand degré de leur intensité : on supposera facilement une multitude de nuances entre ces deux limites. Il nous a paru également convenable de présenter les symptômes sans les grouper ensemble, parce qu'ils se combinent de mille manières différentes, et que nous n'aurions pu en montrer qu'une seule.

Marche et durée de l'Apoplexie.

Peu de maladies offrent dans leur marche autant de variétés que celle qui nous occupe, quoique sa durée n'excède pas, en général, celle des maladies aiguës.

Tantôt l'apoplexie débute par des symptômes légers qui s'aggravent avec le temps, jusqu'à produire la mort ; tantôt très-violente lors de son invasion, elle devient par degrés moins intense, et se termine par la cessation complète et graduée des phénomènes morbides : mais ces deux cas sont fort rares. Quelle que soit la violence ou la légèreté du mal à son apparition, on le voit en général s'adoucir et s'exaspérer plusieurs fois pendant son cours, soit que ces changemens portent sur tous les symptômes, ou seulement sur quelques-uns ; soit que quelque nouveau phénomène se joigne aux précédens, ou qu'un de ceux qui d'abord avaient paru, cesse de se manifester; soit enfin que ces changemens aient lieu par degrés, ou qu'ils soient brusques et rapides. Quoi qu'il en soit, on a observé dans quelques cas que ces exaspérations avaient lieu seulement le soir, vers l'heure à laquelle la plupart des maladies aiguës offrent leurs paroxysmes : mais le plus souvent elles ne suivent aucun ordre ; l'intensité de celle qui a précédé ne peut rien faire prononcer sur celle de l'exaspération qui suivra, et l'intervalle qui a séparé les deux dernières n'apprend rien sur l'époque à laquelle une autre se manifestera.

Cette maladie a toujours une marche continue, ses rechutes ne sauraient la faire considérer comme intermittente.

L'apoplexie se prolonge rarement au-delà du neuvième jour sans se convertir en une autre maladie (1) ; sa durée ordinaire est d'un à plusieurs jours : dans certains cas, elle se termine en quelques heures, en quelques minutes; elle a paru même quelquefois frapper de mort dans un espace de temps presque incommensurable. Un vieillard pléthorique consultait *Molinarius* pour une céphalalgie ancienne, lorsque tout à coup il tomba roide mort. Les ventricules latéraux du cerveau étaient gorgés de sang. Un sculpteur de Padoue, âgé de soixante-un ans, grand mangeur, encore alerte et bien portant, est frappé d'apoplexie après avoir bien soupé et s'être couché plus tard qu'à l'ordinaire; sa femme couchée auprès de lui s'éveille par hasard deux heures après s'être mise au lit, le trouve mort et déjà froid, dans la même position qu'il avait prise en entrant dans le lit. A l'ouverture du cadavre, *Morgagni* (2) trouva tous les vaisseaux de la tête et du cerveau extraordinairement distendus par le sang. On voit facilement combien le passage de la vie à la mort a dû être rapide dans ces deux cas, et surtout dans le dernier.

Terminaisons.

L'apoplexie peut se terminer par le retour à la santé, par une autre maladie ou par la mort.

Il arrive quelquefois que les symptômes de l'apoplexie disparaissent presque tout à coup, et d'autres fois qu'ils diminuent d'une manière graduée, soit par les efforts salutaires de la nature, soit par les secours de l'art. Le plus souvent aucune évacuation critique ne s'observe alors ; cependant, quand la maladie est très-légere, *Boerhaave* (3) dit qu'on l'a vue se juger heureusement, 1.° par une sueur abondante, chaude et égale dans toutes les parties ; 2.° par

(1) *Boerhaave*, aph. 1019.
(2) *Epistola anatomico-medica* 3, art. 26.
(3) Aph. 1017.

une urine copieuse et épaisse ; 3.° par un flux hémorrhoïdal abondant et continué pendant un certain temps ; 4.° par le retour des menstrues ; 5.° par un cours de ventre ; 6.° enfin par une fièvre violente. Mais *Boerhaave* a-t-il observé souvent toutes ces sortes de crise? N'a-t-il pas été conduit à les admettre plutôt par l'analogie que par l'observation des faits? Nous serions portés à le croire, et nous avons la certitude que beaucoup de praticiens n'élèvent aucun doute sur ce sujet : il est au moins incontestable que, si l'apoplexie s'est jugée quelquefois par des évacuations critiques, cela a dû être fort rare.

Dans certains cas, l'apoplexie se termine par d'autres maladies, telles qu'une fièvre adynamique ou ataxique ; ou bien quelques-uns de ses symptômes persistent seuls pendant que les autres disparaissent, et on dit alors que l'apoplexie s'est terminée par la paralysie d'un membre, d'un côté du corps (hémiplégie), des membres inférieurs (paraplégie), de la vessie, des organes de la déglutition ou de la voix, quelquefois même d'un pied ou d'une main seulement ; d'autres fois il reste des lésions des fonctions intellectuelles, et surtout de la mémoire, des vertiges, des tremblemens, une sorte de démence, ou bien la perte de quelques-uns des organes des sens. Ordinairement ces lésions sont tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art, quand elles durent depuis un certain temps ; mais quelquefois encore la nature parvient à les guérir, et il serait facile d'en rapporter un assez grand nombre d'exemples (1).

(1) Ces guérisons spontanées de l'apoplexie, ou plutôt des suites de cette maladie, dont il n'y a pas encore bien long-temps on se rendait difficilement compte, ne doivent plus paraître surprenantes depuis que M. *Riobé*, dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris le 29 août 1814, a démontré, par des observations très-curieuses, que le sang qui s'épanche dans le cerveau à la suite d'une attaque d'apoplexie y est résorbé à la longue, au moyen d'une espèce de membrane absorbante et exhalante que la nature développe accidentellement autour de lui.

Lorsque l'apoplexie se termine par la mort, celle-ci tantôt est subite, et tantôt survient après un certain temps : dans ce cas, le visage devient de plus en plus pâle ou livide, la bouche et les narines se remplissent d'une matière écumeuse ou gluante, la respiration est profonde, stertoreuse, accompagnée quelquefois d'une toux grasse et momentanée ; le pouls devient irrégulier, inégal, intermittent, en conservant encore une sorte de plénitude ; d'autres fois il s'affaiblit, et devient par degrés insensible ; le froid s'étend des extrémités vers le tronc, et la mort survient après une agonie plus ou moins longue. Souvent aussi elle arrive tout à coup chez des malades qui auraient pu vivre encore plusieurs jours, si la maladie n'avait acquis subitement une intensité nouvelle.

Diagnostic.

Il est d'autant plus important de fixer le diagnostic de l'apoplexie, que sa marche est souvent rapide, et que le moindre retard peut rendre les remèdes inutiles, sans parler des cas où la mort peut survenir avant leur application. Parmi les maladies que l'on peut confondre avec l'apoplexie, celle qui s'offre d'abord est la fièvre dite *comateuse* ou *apoplectique*. Cette affection ressemble beaucoup à l'apoplexie, mais elle en diffère par les symptômes suivans ; elle débute ordinairement par un frisson plus ou moins intense, avec tremblement général, et divers autres symptômes qui n'ont aucun rapport avec ceux qui précèdent l'apoplexie ; la chaleur s'établit ensuite, et prend un caractère particulier aux maladies fébriles graves, et étranger à l'apoplexie. Ce n'est, en général, que dans le paroxysme que commencent à paraître les phénomènes apoplectiques ; mais la fréquence du pouls et la chaleur sont deux symptômes qui permettent toujours d'établir un sûr diagnostic : au surplus, la méprise ne pourrait pas conduire à de fâcheux résultats, puisque le traitement qui convient en général à l'apoplexie n'est pas nuisible dans la fièvre comateuse. Il n'en est pas de même de la

fièvre intermittente apoplectique. *Sydenham* a observé, vers l'année 1676, des fièvres intermittentes qui débutaient par une attaque d'apoplexie : dans ces maladies, toute espèce d'évacuation était nuisible ; il fallait attendre le déclin du paroxysme pour donner le quinquina. On connaissait d'ailleurs facilement la nature de la maladie d'après l'inspection de l'urine, qui offrait une couleur rouge foncée et un sédiment briqueté, et d'après d'autres symptômes : *ex alia signis, ità ex colore urinæ satis liquebat* (1). Il est vraisemblable que, parmi ces autres signes, *Sydenham* comprenait sans doute l'augmentation de la chaleur et la fréquence du pouls.

Il est certaines maladies caractérisées par un sommeil plus ou moins profond, telles que le *coma-vigil*, le *cataphora*, la *léthargie* et le *carus*, qui ont un rapport très-direct avec l'apoplexie, et que même beaucoup d'auteurs ont jugé n'en différer que par le degré d'assoupissement. Ce sont ces affections soporeuses qu'un observateur peu attentif pourrait confondre avec l'apoplexie, s'il méconnaissait les différences essentielles qui la distinguent des maladies précitées.

Ainsi il ne faut pas ignorer que, dans le coma-vigil, le sommeil est assez léger ; le malade interrogé répond, mais hors de propos, puis il retombe dans le sommeil ; cependant il jouit de quelques momens de veille. Dans le cataphora, ou *coma somnolentum*, le sommeil est un peu plus profond que dans le cas précédent ; le malade répond, à la vérité, aux questions qu'on lui adresse, mais il est très-difficile de l'éveiller. Dans le carus, l'assoupissement est encore plus profond, ce n'est qu'à force d'exciter le malade par des pincemens et des piqûres qu'on parvient à lui faire ouvrir les yeux, mais il les referme au même instant, et ne répond point aux questions qui lui sont faites. La léthargie est accompagnée de fièvre et de délire ; la couleur du visage reste ordinairement dans son état naturel :

---

(1) Sydenham, *Epistol. responsoria ad* Rob. Brady, 191.

d'ailleurs les accidens paralytiques, qui sont quelquefois la suite de cette dernière maladie, ainsi que du carus, sont légers; et se dissipent facilement; au contraire, ceux que l'apoplexie entraîne après elle sont plus graves, et de durée beaucoup plus longue.

Il est encore d'autres affections que l'on peut confondre avec l'apoplexie, comme la syncope, l'hystérie, l'asphyxie, la catalepsie, le catarrhe suffocant, et la paralysie.

Dans la syncope, la respiration et la circulation sont supprimées, et de plus, quand cette maladie doit être complète, elle est ordinairement précédée de défaillances plusieurs fois répétées à des intervalles plus ou moins longs, et qui se terminent heureusement après un temps fort court.

L'hystérie est précédée de phénomènes particuliers : il y a ordinairement des agitations du bas-ventre et de l'utérus, la respiration cesse sensiblement. Après l'accès, les malades se rappellent très-bien ce qu'on a fait ou dit devant elles, ainsi que l'observe Rivière (*Praxeos medica*, lib. 15, *de hystericâ Passione*, pag. 253), symptômes qui n'ont aucun rapport avec l'apoplexie.

Dans l'asphyxie, le pouls est absolument insensible; il est vrai que ce symptôme a quelquefois lieu dans l'apoplexie, suivant quelques auteurs, mais, dans ce cas, n'aurait-on pas pris une véritable asphyxie pour une attaque d'apoplexie, ainsi qu'*Ettmuller* (1), et d'après lui beaucoup d'auteurs, notamment *Cullen*, l'ont fait, en rangeant au nombre des causes de cette dernière maladie le gaz qui se dégage des liqueurs en fermentation.

Dans la catalepsie, les membres conservent l'attitude qu'on leur donne; au lieu que dans l'apoplexie ils se trouvent dans un état de relâchement si parfait, que, quand on les soulève, ils retombent par leur propre poids comme une masse de plomb.

Le catarrhe suffocant se distingue de l'apoplexie par une grande

(1) *Opera omn.*, t. 1, p. 44.

difficulté de respirer, et par une sensation incommode à la poitrine; mais le caractère qui établit une distinction plus tranchée entre ces deux maladies, c'est que, dans la première, la perte du sentiment est toujours précédée de l'oppression, au lieu que dans la seconde l'abolition des sens se manifeste avant l'engorgement de la poitrine (1).

Des auteurs, tels que *Celse*, *Cælius Aurelianus*, *Paul d'Egine*, ont beaucoup rapproché la paralysie de l'apoplexie : *Amatus Lusitanus* n'établit d'autre différence entre ces deux maladies que celle du tout à la partie ; *Arétée* confond de même l'apoplexie et la paralysie ; *Cullen* enfin rapporte l'une et l'autre aux affections comateuses. Mais quoique la paralysie soit souvent un symptôme d'apoplexie qui la précède, l'accompagne ou la suit, cependant nous dirons avec *Hoffmann* que la première diffère de la seconde en ce qu'il y a seulement abolition du mouvement volontaire, et quelquefois aussi du sentiment, sans altération de la raison ou des facultés intellectuelles.

L'assoupissement profond, qui survient quelquefois après de grandes fatigues ou de longues douleurs, peut offrir l'aspect de l'apoplexie ; mais ordinairement on peut l'interrompre par quelques secousses imprimées à l'individu. Quant à l'assoupissement produit par l'ivresse, l'odeur vineuse qu'exhale le malade est le phénomène le plus constant et celui qui guidera le plus sûrement le médecin dans son diagnostic, que l'on peut d'ailleurs assez souvent confirmer par les symptômes commémoratifs.

Prognostic.

L'intensité des symptômes, une constitution replète, un âge avancé, la respiration stertoreuse, une sueur froide rassemblée en gouttelettes sur la peau, des convulsions, etc., rendent sans doute

(1) Morgagni, *Epist.* 13, n.° 14.

le prognostic de l'apoplexie très-fâcheux ; mais ils ne doivent pas néanmoins faire désespérer entièrement des malades. Lorsqu'on observe alors des changemens fréquens dans les divers symptômes, il est permis d'espérer qu'ils ne dépendent pas uniquement de l'épanchement, qui semble ne devoir produire que des phénomènes constans, et qu'il y a probablement d'autres causes plus accessibles aux moyens de l'art qui concourent à les déterminer. Il est encore très-important de noter que des symptômes légers, un âge peu avancé, une constitution maigre, ne mettent pas toujours à l'abri du danger de cette maladie, et que des accidens très-graves emportent quelquefois rapidement le malade. Quoi qu'il en soit, on peut concevoir des espérances quand la constitution du malade tient le milieu entre l'excès de force et l'excès de faiblesse, quand les causes existantes sont peu énergiques, lorsque la respiration est libre, que le pouls et la couleur du visage s'éloignent peu de l'état naturel; lorsque, la maladie tenant à quelque suppression, les symptômes diminuent d'intensité par le rétablissement de l'évacuation supprimée. Après la saignée, le retour de la respiration à un état meilleur, celui de la sensibilité et des fonctions des sens, une égale répartition de la chaleur, une sueur douce qui recouvre tout le corps, etc., sont encore autant de signes favorables. L'exposition de ces signes, qui font espérer une terminaison heureuse, pourrait nous dispenser de rapporter ceux d'une terminaison opposée; cependant il est bon de donner un aperçu général des signes le plus constamment fâcheux : la persévérance de la maladie pendant plusieurs jours, sans rémission des symptômes, la respiration de plus en plus stertoreuse, une écume épaisse sortant de la bouche et des narines (1), la figure cadavéreuse; les sueurs froides, surtout aux parties supérieures, avec anxiété précordiale; une espèce de nuage qui se répand sur les yeux, l'insensibilité aux différens

(1) *Ex iis qui strangulantur et resolvuntur, nondùm autem sunt mortui, non se recolligunt, quibus spuma circa os fuerit.* Hipp. aph., sect. 2, n.º 43.

stimulans, l'absence du sang quand la veine est ouverte, le défaut de soulagement après la saignée, la paralysie du sphincter de l'anus ou du col de la vessie, la gravité progressive des symptômes, l'élévation de la poitrine agitée par des convulsions, sont autant de signes d'une issue funeste. Enfin on ne doit jamais oublier que ceux qui paraissent entièrement délivrés de la maladie sont exposés à des rechutes plus dangereuses encore que la première attaque. On devra surtout les redouter chez ceux à qui il est resté quelques-uns des symptômes qui en avaient précédé l'invasion, tels que la paralysie de quelques muscles de la face, ou d'un côté du corps; le trouble de quelque sens, et surtout quand l'individu est parvenu à un âge avancé, que l'apoplexie est héréditaire, et que le malade ne peut pas ou ne veut pas se se soustraire à l'action des causes qui ont paru provoquer la première invasion.

Espèces d'Apoplexie.

Les auteurs admettent trois espèces d'apoplexie : 1.° l'*apoplexie nerveuse*, dans laquelle le cerveau et ses annexes n'offrent aucune lésion appréciable. 2.° L'*apoplexie sanguine*, qui peut être l'effet, soit de la stase du sang dans les vaisseaux cérébraux distendus, soit d'une hémorrhagie, laquelle peut dépendre ou d'une exhalation sanguine des vaisseaux capillaires des ventricules, ou de la substance cérébrale elle-même, ou bien d'une altération organique des parois artérielles, altération observée par *Valsalva* et par *Morgagni* (1), et dont on trouve encore un autre exemple dans les Actes helvétiques. 3.° L'*apoplexie séreuse*, qui consiste dans une exhalation plus ou moins abondante de sérosité dans les ventricules du cerveau, ou bien entre ce viscère et ses parois osseuses, toujours dans l'intérieur de la cavité de l'arachnoïde.

Cette division repose assurément sur des données assez solides,

---

(1) *Epistola anatomico-medica* 3, art. 6.

et chacune de ces apoplexies offre probablement, indépendamment des phénomènes généraux qui leur sont communs à toutes, une série des symptômes qui leur sont propres; mais, comme ces symptômes caractéristiques n'ont point encore été bien analysés pendant la vie du malade, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de donner une bonne description de chacune de ces apoplexies en particulier, et notamment de la première et de la dernière. C'est pour cette raison que nous avons différé jusqu'ici d'en parler, d'autant mieux encore que cette distinction n'influait en rien sur les points que nous avons examinés : d'ailleurs elle n'est d'aucune importance, non plus pour le traitement, puisque l'apoplexie séreuse, sur la distinction de laquelle on a voulu tant insister, peut, comme l'apoplexie sanguine, être active ou passive, et nécessiter par conséquent tantôt l'emploi de la saignée et des moyens antiphlogistiques, et tantôt l'usage des stimulans convenables. Ainsi donc, d'après cela, le médecin, appelé auprès du malade, ne devra plus chercer à distinguer si l'apoplexie est produite par un épanchement de sang ou de sérosité, circonstance qui n'offre aucune utilité pratique, puisqu'il faut saigner quelquefois dans l'apoplexie séreuse et stimuler dans l'apoplexie sanguine; mais il devra s'attacher à reconnaître, d'après l'état général du malade, et spécialement d'après la coloration, la chaleur de la peau et l'état du pouls, s'il faut recourir à l'une ou à l'autre méthode.

Traitement.

Nous serons très-succincts dans cette partie de notre dissertation, parce que nous pensons que ce n'est qu'après une longue pratique qu'il est permis de juger de l'effet des remèdes dans une maladie, et des circonstances particulières qui peuvent les indiquer ou les proscrire.

Si les causes éloignées de l'apoplexie peuvent être prises en considération pour le traitement, c'est lorsqu'elle est peu prononcée,

ou lorsqu'il faut s'occuper du traitement préservatif ; mais si l'apoplexie est forte, il y a seulement à considérer sa cause prochaine ou immédiate, dont on peut apprécier l'intensité par celle des symptômes de la maladie. Mais quels sont les principaux moyens dont il faut user en pareille circonstance ? Tous ceux qui peuvent diminuer ou faire cesser la compression du cerveau et des nerfs, ramener leur sensibilité, ainsi que l'irritabilité musculaire : or les observations ont prouvé que les moyens suivans peuvent opérer ces effets salutaires.

1.° *De la saignée.* Conseillée par beaucoup de médecins comme un remède exclusif, bannie entièrement par plusieurs, restreinte par d'autres aux seuls cas d'apoplexie sanguine, la saignée est encore aujourd'hui considérée comme un des moyens les plus puissans que possède le médecin dans le traitement de l'apoplexie. Mais dans quel cas doit-on l'employer ? Lorsque le pouls est grand, fort et régulier, que la chaleur est augmentée, la face animée et comme tuméfiée, les veines distendues, etc., nul doute que la saignée ne soit indiquée. Dans beaucoup de cas, la résistance seule du pouls fait recourir à ce moyen, pourvu qu'aucune autre circonstance ne la contre-indique : au contraire, si le pouls est mou, facile à déprimer, lors même qu'il aurait une certaine plénitude, si la peau est froide, le visage pâle, on devra s'en abstenir. Il faut user de la même réserve toutes les fois qu'il y a beaucoup d'irrégularité dans le pouls, quand bien même il conserverait assez de force, et que les membres seraient chauds et la face animée.

Ces règles générales sont loin sans doute de suffire à tous les cas ; souvent il arrive que les symptômes ne proscrivent ni ne recommandent la saignée : on a recours alors, pour se déterminer, aux circonstances antérieures, au genre de vie, au régime connu du malade, à l'âge, au tempérament, à la constitution, à la saison où l'on se trouve et aux évacuations habituelles. Toutes ces circonstances présentent aux yeux du praticien des indications très-claires, que la théorie ne peut que faire entrevoir.

Les médecins ne sont pas d'accord sur les veines qu'il convient d'ouvrir préférablement dans l'apoplexie : quelques-uns font ouvrir la veine jugulaire du côté où ils pensent qu'existe l'épanchement, et cette méthode sans doute serait la meilleure, si, pour ouvrir cette veine, l'on n'était pas obligé souvent d'exercer une compression assez forte sur le cou, qui, en s'opposant au libre retour du sang veineux, doit augmenter nécessairement les phénomènes apoplectiques. *Morgagni* conseillait de piquer la veine occipitale chez ceux où la jugulaire ne fait pas naturellement saillie, ou d'appliquer derrière les oreilles des ventouses scarifiées chez ceux qui ne pourraient pas supporter la saignée générale.

La saignée du pied est préférée par quelques médecins, guidés peut-être par les résultats de leur expérience, et peut-être aussi par des idées théoriques ; mais cette saignée nous paraît offrir deux inconvéniens très-grands : le premier est la nécessité de remuer les malades, chez lesquels le moindre mouvement suffit quelquefois pour produire une exaspération considérable ; le second est la lenteur avec laquelle le sang coule dans la plupart des cas, et la difficulté d'apprécier au juste la quantité de ce liquide. Nous préférerions pour ces deux raisons de faire ouvrir une des veines du bras.

La faiblesse du malade, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, sont des circonstances qui indiquent l'application des sangsues ou des ventouses, soit comme moyen unique d'évacuation, soit conjointement avec la saignée générale.

Pour ce qui regarde le nombre des saignées et la quantité de sang qu'il faut tirer, ils doivent être proportionnés à l'âge, à la force de l'individu, et surtout à l'effet que produisent les premières évacuations.

2.° *Des vésicans et des rubéfians.* Ces moyens sont nécessaires, afin d'exciter une irritation d'autant plus forte, que l'assoupissement et l'insensibilité sont plus intenses, et aussi pour déterminer dans des parties plus ou moins éloignées du cerveau un afflux

d'humeurs, et diminuer ainsi la congestion. En général, les vésicatoires conviennent dans presque toutes les espèces d'apoplexie ; dès le début dans les apoplexies passives, et après l'emploi convenablement répété des saignées dans les apoplexies actives : mais est-il indifférent de les placer près ou loin du lieu affecté, sur la tête, à la nuque, aux jambes, ou à la plante des pieds ? L'application des vésicans près du lieu malade nous semble convenir surtout dans les cas d'apoplexie passive ; ils seraient nuisibles, au contraire, dans les circonstances opposées : et, en effet, en appliquant un vésicatoire sur la tête, n'est-il pas à craindre qu'il n'augmente la fluxion ; et n'a-t-on pas remarqué plusieurs fois qu'un pareil emplâtre, placé derrière le cou, avait suffi pour déterminer un assoupissement morbifique ? Mais si l'on doit craindre avec raison l'emploi des vésicans près du lieu affecté, lorsque l'on a des motifs pour soupçonner que l'apoplexie est sanguine, il ne doit plus en être ainsi dans les cas où cette maladie se présente avec un caractère nerveux : l'observation a démontré que, dans toutes les maladies de cette classe, les irritans agissent d'autant plus efficacement, qu'ils sont plus voisins du lieu affecté ; et de là l'avantage bien constaté des vésicatoires à l'épigastre dans le vomissement nerveux, sur le thorax dans la dyspnée, à la nuque dans l'amaurose, et sur le trajet des nerfs affectés de névralgie, etc., etc.

C'est une méthode vicieuse que celle de faire respirer au malade des substances volatiles ou des poudres sternutatoires ; on ne doit l'irriter que le moins possible, et surtout éviter tout ce qui peut lui imprimer des secousses. Ce conseil est absolument contraire aux usages communs ; mais il est cependant fondé en raison, confirmé par l'expérience, et absolument nécessaire. En effet, dans la majeure partie des cas, tout le mal vient de ce que le sang se porte en trop grande quantité et avec trop de force au cerveau, qui, étant comprimé, empêche toute action des nerfs. Pour rétablir l'ordre, il faut donc débarrasser le cerveau en diminuant la force d'impulsion du sang ; or les moyens dont on vient de parler, loin de pro-

duire cet effet, ne sont propres qu'à augmenter la violence de la maladie et la cause qui la détermine.

3.° *Des vomitifs.* Les vomitifs ont été trop généralement recommandés, et peut-être aussi trop généralement proscrits dans le traitement de l'apoplexie. Si l'on considère la rougeur de la face et la congestion apparente vers la tête que déterminent la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme, et par suite les efforts pour vomir ou pour aller à la selle; si l'on se rappelle que beaucoup d'individus ont été frappés d'apoplexie en se livrant à de semblables efforts, on sera très-porté, avec *Morgagni,* à proscrire entièrement les moyens qui n'agissent qu'en les provoquant. Néanmoins, dans les cas où les malades, fatigués par des vomissemens inutiles et répétés, offrent en même temps des symptômes bilieux, il n'est pas douteux qu'un vomitif n'agisse utilement en facilitant le vomissement et en détruisant une complication toujours nuisible, pourvu toutefois qu'on ait commencé par pratiquer la saignée, si elle était indiquée.

Les irritans portés sur le canal intestinal offrent, dans beaucoup de cas, les mêmes avantages, sans présenter les mêmes inconvéniens.

Quant aux soins généraux, ils consistent, 1.° à placer le malade de telle manière que la tête soit plus élevée que le reste du corps; 2.° à lui faire garder l'immobilité la plus complète, et à éviter principalement les mouvemens brusques; 3.° à le maintenir dans un air frais, à le couvrir très-légèrement, surtout à la tête; 4.° enfin à surveiller ses excrétions, et notamment celle des matières fécales et de l'urine.

En traçant d'une manière aussi rapide le traitement général qui convient à l'apoplexie, nous n'avons pu présenter les diverses modifications que ce traitement doit éprouver selon les circonstances particulières; ces détails, qui sont immenses, nous auraient entraînés beaucoup au-delà des bornes que nous avons prescrites à notre travail.

Nous ne terminerons point sans faire mention des principaux

moyens prophylactiques que l'art emploie avec plus ou moins de succès pour prévenir ou éloigner l'apoplexie. Nous avons déjà annoncé que cette maladie n'arrivait pas toujours d'une manière brusque. Il est donc de la plus haute importance de ne pas s'endormir sur les symptômes qui pourraient la faire prévoir ; car les seules forces de la nature sont presque toujours insuffisantes pour dissiper ces phénomènes précurseurs.

Quand on soupçonne quelque disposition à l'apoplexie sanguine, il faut 1.° tâcher de s'opposer à la formation de la pléthore, ce qu'on obtient en prescrivant une diète légère et l'usage des doux évacuans ; les alimens doivent être particulièrement tirés du règne végétal : on doit proscrire l'usage des vins généreux et des liqueurs spiritueuses de toute espèce, ainsi que l'abus du sommeil, surtout après les repas. Mais quand la pléthore est déjà formée, il faut sans balancer recourir à la saignée, ou rappeler les évacuations habituelles supprimées ; après quoi il est indispensable que le malade soit astreint à un régime sévère : sans cette précaution, la pléthore se reproduirait promptement.

2.° Rejeter tout ce qui augmente la circulation ; ce que l'on fait en privant le malade d'alimens âcres et de boissons chaudes.

3.° Empêcher le transport du sang à la tête. Ainsi le malade évitera de dormir dans un appartement trop chaud ; il redoutera l'ardeur du soleil, se tiendra le ventre libre, et ne se livrera à aucun effort qui exige de longues inspirations, enfin il tâchera de modérer la fougue de ses passions.

Les personnes qui auront quelque raison de craindre l'apoplexie dite *séreuse* feront bien de s'astreindre à une diète un peu stimulante ; elles feront usage de temps en temps de purgatifs toniques, prendront un exercice suffisant pour entretenir une douce transpiration, éviteront un sommeil trop long-temps prolongé, enfin se feront appliquer un exutoire, soit entre les épaules, soit dans toute autre partie.

Malgré la foule de moyens prophylactiques que la médecine

peut mettre en usage pour prévenir l'apoplexie, nous sommes souvent condamnés à être tranquilles spectateurs des progrès du mal, sans pouvoir arrêter la terrible catastrophe qui vient enfin terminer la scène.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* LORRY).

I.

Qui naturâ sunt valdè crassi, magis subitò moriuntur, quàm graciles. *Sect.* 2, *aph.* 44.

II.

Torpores et stupores præter consuetudinem advenientes futuram apoplexiam prænuntiant. (*Coac. prænot.*, *n.*° 476, *Foes.*)

III.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

IV.

Solvere apoplexiam vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

V.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Quibus sanis dolores derepentè fiunt in capite, et statim muti fiunt ac stertunt, in septem diebus pereunt, nisi febris eos apprehenderit. *Sect.* 6, *aph.* 51.